Rok XXXIII. Kraków 10. Marca 1894 r. Nr. 10.

Redakcya:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracya:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracya, a *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_8$ „	„ 6 „

I. Z pracowni patologiczno-chemicznej Dra E. Freunda w szpitalu Rudolfa we Wiedniu.

Nowy sposób miareczkowego oznaczania najgłówniejszych czynników kwasoty żołądkowej.

Napisał

Dr. Gustaw Toepfer.

Od chwili, kiedy Bidder i Schmidt[1]) wykazali, że głównym czynnikiem trawienia żołądkowego obok pepsyny jest kwas solny a nie kwas mlekowy, kiedy przekonano się, że w ogóle peptonizacya białka nie może odbywać się pod wpływem pepsyny, jeżeli poprzednio lub przynajmniej równocześnie białko nie zamieniło się w acydalbumin, od tej chwili badania fizyologii trawienia a głównie zmian, którym trawienie podlega pod wpływem spraw chorobowych, ogranicza się prawie wyłącznie do ilościowego oznaczania kwasu solnego. Jak wiadomo, autorowie ci[1]) postępowali w oznaczaniach swoich w ten sposób, że obliczali całą ilość chloru zawartego w treści żołądkowej, następnie oznaczali ilość zasad w tejże treści zawartych, co dało możność obliczenia ilości chloru połączonego z temi zasadami w sole; reszta zaś chloru tworzyła składnik kwasu solnego, którego ilość łatwo można było obliczyć ze stósunku drobinowego. Metoda ta dotąd znana jest jako najpewniejsza i najściślejsza, bo oparta na dokładnych badaniach chemicznych; ma jednakże tę wadę w zastósowaniu praktycznem (o które najwięcej się rozchodzi) nader doniosłą, że wymaga długiego czasu, nadzwyczaj wielkiej wprawy w ilościowem badaniu chemicznem i całego arsenału przyrządów i urządzeń, jakiemi rozporządza jedynie dobrze zaopatrzona pracownia chemiczna.

Obecnie metoda ta służy jeszcze jedynie do kontrolowania dokładności innych metod łatwiejszych, jakie z biegiem czasu powstały. Nie można jednakże pominąć milczeniem okoliczności, że i ten sposób wykazuje w niektórych przypadkach błędy, z którymi liczyć się czasem wypada. Albowiem oprócz zasad nieorganicznych mogą się w treści żołądkowej znajdować i zasady organiczne (chinina), które jakto wykazali Salkowski i Kamagaza, łączą się z kwasem solnym w sole, a których postępując drogą Biddera i Schmidta wykazać nie jesteśmy w stanie. Jednakże obecność zasad organicznych w żołądku zdarza się bardzo rzadko n. p. po zażyciu ich jako środków lekarskich, wskutek czego okoliczność ta nie wchodzi w rachubę i wartości metody nie umniejsza.

Okoliczność, że metoda Biddera i Schmidta przedstawia tak znaczne trudności w wykonaniu, była przyczyną, że powstawały coraz nowsze, mniej lub więcej dokładne sposoby ilościowego oznaczania kwasu solnego, które przeważnie dążą do tego, aby i klinikowi umożliwić rychłe zbadanie danej treści żołądkowej. Aby módz ocenić wartość tych metod, musimy przedewszystkiem uwidocznić sobie, na jakie pytania mamy odpowiedzieć w każdym przypadku, w którym badamy treść żołądkową i musimy uwzględnić obecny stan fizyologii trawienia żołądkowego. Tę metodę uważać będziemy za dobrą, która wymaganiom powyższym w zupełności zadość uczyni t. j., która na wszystkie pytania w jak najkrótszym czasie da wyczerpującą odpowiedź, zastósowaną do stanu fizyologii trawienia.

Nowsze badania wykazały w tym względzie, że pewne szczegóły, na które do niedawna mało co albo wcale nie zwracano uwagi, mają dla trawienia żołądkowego wielką doniosłość.

Z dokładnego studyum faz trawienia okazało się, że cały szereg do niedawna używanych metod albo prowadził do zupełnie fałszywego oceniania odpowiedniego materyału badanego, albo też nie odpowiadał już nowym i coraz liczniejszym wymaganiom nauki.

Samo pojęcie obecności kwasu solnego w soku żołądkowym ulegało w ostatnich latach rozmaitemu tłómaczeniu.

[1]) Bidder und Schmidt: die Verdauungssäfte und der Stoffwechsel Leipzig. 1852.

Z początku uważano jako kwas solny tylko tę ilość kwasu nieorganicznego, którą można było wykazać zapomocą indykatorów takich, jak fiolet metylowy, rozanilina, tropeolina i t. d. Z tego czasu pochodzą daty Valdena[1]) o braku kwasu solnego na początku każdego trawienia i w przebiegu raka żołądka. Właśnie to ostatnie zjawisko musiało doprowadzić do opuszczenia twierdzenia, że obecność kwasu solnego jest stanem prawidłowym, brak zaś patologicznym, bo i w prawidłowym soku żołądkowym możemy zatem znaleść okres, w którym brak zupełny kwasu solnego. Cała walka czysto słowna, jaka powstała po publikacyi Valdena, nie mogła w niczem wpłynąć na to spostrzeżenie.

Jakkolwiek bowiem Cahn i Mehring[2]) ścisłymi i ilościowymi rozbiorami takich przypadków, w których nie występowała reakcya barwikowa, wykazali obecność chloru w większej ilości, niż to odpowiadało znalezionym zasadom, że zatem zastosowanie barwików prowadzi do mylnych wyników, to z drugiej strony Hönigsmann i Noorden[3]) stawali w obronie barwików, twierdząc, że kwas solny, przez poprzednich autorów wykazany jest połączony z białkiem i podobnemi substancyami a jako taki nie trawi i dlatego też nie może być uważany za główny czynnik, o który rozchodzi się przy badaniu. Klempner[4]) twierdzi nawet, że ta część kwasu solnego dla trawienia zupełnie nie ma znaczenia. Wobec takiego stanu rzeczy koniecznie musiano zwrócić uwagę nie tylko na obecność kwasu solnego ale także i na jego siłę trawienia.

W tym czasie wykazał Salkowski[5]), że w rozczynach kwasu solnego i pepsyny, w których kwas solny był połączony z kwasami amidowymi, trawienie białka zupełnie nie było obniżone.

Z drugiej strony twierdzą Francuzi Winter i Hayem[6]), że jedynie ta część kwasu solnego, która łączy się z białkiem, ma znaczenie dla trawienia, ponieważ tylko ta część właśnie dzięki łączeniu się z białkiem rozpoczyna jego peptonizacyę; resztę zaś kwasu solnego, która pozostaje jako kwas solny wolny, trzeba uważać przezto właśnie, że nie znajduje już więcej białka do łączenia się z nim, za nadmierną, nieużyteczną. W ten sposób powstaje nowe pojęcie, pojęcie luźnie połączonego kwasu solnego i tę to część obok kwasu solnego wolnego zawsze musimy brać w rachubę. Reasumując to wszystko, dochodzimy do następującego zapatrywania się na przebieg sprawy trawienia:

Po wprowadzeniu pokarmu do żołądka rozpoczyna się wydzielanie kwasu solnego, który drobina po drobinie łączy się z zasadami nieorganicznemi, jakoteż z białkiem i innemi substancyami organicznemi, jakie tu napotyka. Dopiero po nasyceniu wszystkich powinowatych pojawia się kwas solny w stanie wolnym. Jest to nadmiar wydzielonego kwasu solnego. Naturalna rzecz, że ta część kwasu solnego, która połączyła się z zasadami nieorganicznemi, jakoteż z niektóremi organicznemi[1]) (obecność ich stanowi wyjątek) dla sprawy trawienia niema żadnej wartości, jest zatem zupełnie straconą. Największa część łączy się z białkiem i ta część jest głównie czynną w sprawie trawienia. Dopiero po ukończeniu peptonizacyi uwalnia się także i ten kwas solny, który był połączony i z substancyami białkowatemi, jak to w ostatnich czasach wykazał Sansoni[2]).

Musimy zatem w badaniu treści żołądkowej z całej ilości wydzielonego kwasu solnego rozróżnić:

1) Kwas solny połączony z zasadami nieorganicznemi. Ta część jest, jak wyżej wspomniano, straconą dla sprawy trawienia; dlatego niema potrzeby jej oznaczać.

2) Część, która jest połączona z niektóremi zasadami organicznemi i amoniakiem przypadkowo obecnemi i jako taka również fizyologicznie nie jest czynną; i ta część nie wchodzi w zakres oznaczania.

3) Część połączona z substancyami białkowatemi, tak zwany luźnie połączony kwas solny; ta część jest fizyologicznie czynną, bo właśnie odbyta przez połączenie się z substancyami białkowatemi peptonizacya jest miarą wykonanej pracy użytecznej. Dopiero po ukończeniu tejże pracy występuje.

4) Wolny kwas solny.

To też starano się stworzyć metody, któreby dały możność oznaczenia z osobna tych części.

Sposób badania podany przez Biddera i Schmidta, któryśmy wyż pisali, zanadto był żmudnym i wymagał wiele czasu.

Helner i Seemann[3]) zobojętniali treść żołądkową ługiem sodowym i spalali. Z ilości węglanu sodowego obliczają kwasy organiczne. Z różnicy między tą kwasotą a kwasotą ogólną obliczają kwas solny.

Cahn i Mehring[4]) postępują w ten sposób, że destylują 50 cm. sz. treści żołądka aż do pozostałości $^1/_4$, następnie roztwarzają na nowo do 50 cm. sz. i destylują po raz wtóry W ten sposób przeprowadzają do destylatu wszystkie kwasy lotne. Pozostałość kłócą kilkakrotnie z eterem (500 cm. sz.) tak, żeby wydobyć całą ilość kwasu mlekowego. (Już tu popełniają błąd, albowiem i kwas solny przechodzi częściowo do eteru i ten oznaczają jako kwas mlekowy). Do reszty pozostałości dodają świeżo strąconą cynchoninę i kłucą z chloroformem. Do chloroformu przechodzi chlorek cynchoniny (*cynchoninum hydrochloricum*). Wyciągi chloroformowe parują a w pozostałej reszcie oznaczają chlor zapomocą miareczkowanego rozczynu srebra. Metoda nadzwyczaj kosztowna i dużo czasu zabierająca.

Kwas solny posiada własność inwertowania rozczynów cukru trzcinowego. Tej własności używa Hoffmann[5]) do oznaczania ilości kwasu solnego w soku żołądkowym. Oznaczał on ilość kwasu solnego z wielkości zmiany, jakiej ulegała siła polaryzacyjna (skręcania płaszczyzny polaryzacyjnej) ściśle oznaczonego rozczynu cukru pod wpływem danej ilości treści żołądkowej.

---

[1]) V. d. Valden: Über Vorkommen u. Mangel des freien HCl im Magensafte bei Gastrectasie. Deutsch. Arch. f. klin. Med. Tom 23. Zeszyt 4, str. 369,

[2]) Cahn und Mehring: Die Säuren des gesunden u. kranken Magens. Deutsch. Arch. f. kl. Med. Tom 39.

[3]) Hönigsmann u. v. Norden: Über das Verhalten des HCl in carcinomat. Magen. Zeitschrift f. kl. Med. Tom 13.

[4]) Zur chem. Diagnose der Magenkrankheiten. Zeitschrift f. kl. Med. Tom 14.

[5]) E. Salkowski: Über die Bindung der HCl durch Amidosäuren. Virc. Archiv 1892 Tom 127.

[6]) Winter et Hayem: Du chimisme stomacale 1891.

[1]) Salkowski u. Kumawaga: Über den Begriff der freien u. gebundenen HCl in Magen. Vird. Archiv CXXII, 235.

[2]) Sansoni: Berl. kl. Wochenschrift 1892.

[3]) Seemann: Über das Vorhandeno ein von freier HCl im Magen. Zeitschrift f. kl. Med. Tom 5.

[4]) Cahn u. v. Mehring: Die Säuren des gesunden u. kranken Magens. Deutsch. Archiv. f. kl. Med. Tom 39.

[5]) Hoffmann: Erkennung der Salzsäure im Magensaft. Centr. Bl. f. kl. Med. 1889, No. 46.

2) Jolles i Wallenstein [1]) podają metodę, która na tem polega, że eozyna w rozczynach alkalicznych lub obojętnych okazuje fluorescencyę i w zielono-żółtej części widma dwie linie absorpcyjne, które znikają po dodaniu już kilku miligramów kwasu solnego. Metoda ta nadaje się jedynie do oznaczania wolnego kwasu solnego.

Mintz [2]) oznacza tylko wolny kwas solny i to zapomocą odczynnika Günzburga. Roztwarza on treść żołądkową dopóty, dopóki nie znika reakcya floroglucyno-wanilinowa. Podług Mintza granica, przy której znajduje się jeszcze widoczna reakcya odczynnika Günzburga, wynosi 0.036‰ kwasu solnego. Jeżeli przez tę liczbę mnoży roztworzenie, otrzymuje całą ilość wolnego kwasu solnego. Również i Mörner [3]) oznacza tylko wolny kwas solny, mianowicie zapomocą miareczkowania, a za indykator służy mu papier Congo.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. O obłąkaniu moralnem ze stanowiska antropologii kryminalnej.

(Według własnego wykładu habilitacyjnego w d. 21. Lutego 1894).

Podał

Dr. Leon Wachholz.

Panowie! Przedmiotem wykładu, do którego powołało mnie zaszczytne wezwanie Świetnego Wydziału lekarskiego, jest temat roztrząsany już w odległej starożytności. Wypływał on z biegiem czasu wielokrotnie i popadał w zapomnienie, aż go żywy umysł skrzętnego badacza wyłonił na nowo.

Zboczenie, jakie będę miał zaszczyt opisać i bliżej Panom określić, wyróżnił już znakomity psychiatra Pinel na schyłku 18. wieku nazwą *mania sine delirio*. Nazwę tę niewłaściwą usiłowali różni autorowie zmienić i tak Prichard zastąpił ją mianem *moral insanity* t. j. obłąkanie moralne, Morel mianem *folie héréditaire* (obłąkanie dziedziczne), Legrand du Saulle mianem *folie raisonnante* (obłąkanie wymowne), wreszcie Krafft-Ebing mianem i d y o t y z m m o r a l n y.

Już sama różnorodność nazw tych dowodzi, iż żadna z nich nie jest zupełnie właściwa i odpowiada tylko częściowo objawom zboczenia, o którem mowa. Ze wszystkich utarła się najwięcej nazwa Pricharda, jakkolwiek i przeciw niej dadzą się podnieść zarzuty. Nazwa Pricharda wskazuje, że cechą obłąkania moralnego, jako typu chorobowego, jest wadliwe poczucie moralności lub jego brak. Gdyby w formie tej zachodziły pewne zboczenia w czynnościach psychicznych, które odpowiadają klinicznemu pojęciu obłąkania, wówczas byłaby nazwa Pricharda całkiem odpowiednią. Jednak nie dostrzegamy w przebiegu tego zboczenia objawów potrzebnych dla pojęcia klinicznego o b ł ą k a n i a a cechuje je jedynie tylko defekt w poczuciu zasad etyki powszechnej. Że zaś defekt ten napotyka się i w innych formach chorób umysłowych, jak to niebawem przedstawię, przeto przestrzegając zasad logiki wypadałoby albo każdą formę choroby umysłowej, w której poczucie moralności jest przytępionem, nazwać obłąkaniem moralnem, lub też nie nazywać obłąkania moralnem, bo w obłąkaniu brakuje poczucia i zdolności rozróżnienia tego, co jest moralnem od tego, co jest niemoralnem.

Nie wdając się w dalszą krytykę nazw, przystąpię wprost do skreślenia obrazu zboczenia.

Prichard, opierając się na teoryach starszej szkockiej filozofii moralnej, uznającej istnienie pewnego zmysłu moralności (*senso morale* nowszych włoskich kryminologów), określa obłąkanie moralne, jako stan umysłu, który nie polega na upośledzeniu inteligencyi i zdolności rozumowania, lecz objawia się przewrotnością uczuć, usposobienia, skłonności i czynów, czyli defektem poczucia zasad etycznych i zastósowania ich do czynów.

Poczucie moralności stanowi najwyższe udoskonalenie ludzkiego uczucia i długie wieki składały się na przyswojenie go władzom umysłowym człowieka. Poczucie to podnosi człowieka, zdaniem Maudsleya, do rzędu w istocie najdoskonalszych stworzeń przyrody i jest najdelikatniejszą zdolnością jego umysłu. To też nie można się dziwić, twierdzi Maudsley, iż owa delikatna zdolność podlega najłatwiej ze wszystkich innych zboczeniom i także najtrudniej i najpóźniej powraca do stanu prawidłowego.

Brak poczucia moralności może być wrodzonym lub nabytym.

Już codzienne doświadczenie psychiatryczne poucza, że często zanika poczucie moralności w różnych stanach chorób umysłowych, n. p. w niedołęztwie porażnem, starczem i t. d. u ludzi przedtem je posiadających. Maudsley i Pick wykazali, że forma zwana obłąkaniem moralnem, może się rozwinąć u człowieka przedtem prawidłowego pod wpływem urazu zadanego w głowę. Hofmann opierając się na rozległym materyale sekcyjnym przypuszcza, że zmiany ze zwyrodnienia włóknistego, spotykane w oponach mózgowych zwłok pijaków, niekoniecznie należy pojmować jako następstwa nałogu, że owszem one mogą być pierwotne i stanowić przyczynę dekadencyi umysłowej.

W wielkiej liczbie przypadków przebija się defekt moralny w najwcześniejszej dobie ludzkiego życia, t. j. w dzieciństwie. Wszelkie badania w tym względzie przemawiają za tem, że w tych przypadkach defekt moralny bywa wrodzony. Analizując bliżej wrodzone obłąkanie moralne dostrzegamy, że już u dziecka stwarza ono cały szereg objawów. Egoizm, już i tak wiekowi dziecięcemu właściwy, dosięga u dzieci moralnie obłąkanych niezwykłych rozmiarów; brak litości, złośliwość, popędliwość, upór, brak poczucia, co złe a co dobre, niepoprawność, brak skruchy i wstydu a obawa tylko przed fizycznemi karami, oto obraz moralności takiego dziecięcia. Obok tych złych skłonności istnieje najczęściej już to mniej lub więcej wybitna tępota umysłu, potęgowana lenistwem i brakiem ochoty do pracy; mimo to mogą się zdarzyć u tych dzieci uzdolnienia jednostronne n. p. do rysunków, muzyki i t. d.

Czasem rozwija się dziecię przez dłuższy czas prawidłowo, aż nagle pod wpływem przyczyn przygodnych jak n. p. przestrachu, urazu, choroby fizycznej i t. d. lub, na co z przyciskiem zwracają uwagę francuzcy badacze, jak Falret i Legrand du Saulle, w czasie okresu pokwitania, zmienia się dotychczasowe usposobienie dziecka, które z średnio prawidłowego staje się złem, skłonnem tylko do złego.

Mówi przysłowie, że, czem skorupka za młodu nasiąknie, tem i na starość trąci; niemoralne dziecię zmienia się

---

[1]) Jolles: Eine neue quantitat. Methode zur Bestimung der freien HCl des Magenaftes. Wien. Med. Presse 1890, Nro 51.

[2]) Mintz: Eine einfache Methode zur quantitativen Bestimmung der freien HCl im Mageninhalte. Wien. kl. Woch. 1889, Nr. 20.

[3]) Mörner. Maly: Jahresber. f. Thierchem. Tom 19.

zwolna w dojrzałą fizycznie, lecz niemoralną osobę. Ale nie działa tu moc przyzwyczajenia, jakby się mogło zdawać, tylko defekt psychiczny istniejący u danej jednostki *ab origine*.

Jak w dziecinnym wieku, tak i teraz w dojrzałym nie zna człowiek taki uczuć altruistycznych, t. j. wedle Garofalona nie zna on współczucia (*pitié*) i uczucia godziwości (*probité*), on dąży tylko do zaspokojenia swych żądz niepohamowanych; w pracy niewytrwały i niechętny, zarzuca ją, oddaje się nałogowi pijaństwa, staje się włóczęgą, złodziejem, mordercą lub zbrodniarzem pod względem wstydliwości, zaspakajając wygórowany a często i przewrotny popęd płciowy w sposób wstrętny a nieraz i okrutny. Czyny jego mają cechę czynów popędowych, t. j. czynów popełnionych mimo wiedzy i woli; ztąd też uderza często niestósunek, jaki zachodzi między niebezpieczeństwem, na które się naraża czyn spełniając, a korzyścią z czynu wynikającą. Człowiek taki kłamie, aby kłamać, spełnia kradzież błahych przedmiotów mimo, iż kara, jaka go może spotkać za tę kradzież, jest o wiele większa od korzyści z kradzieży. Zbrodnia popełniona przezeń nosi nieraz piętno takiego okrucieństwa, że najmniej tkliwy umysł przeraża się na samą myśl o niej i zdumiewa. Najczęściej nie można wyśledzić pobudki, motywu dla czynu; czasem znajdzie się motyw, lecz tak błahy, że raczej wypadnie przyjąć, iż nie on, lecz nieokreślony przymus wewnętrzny był pobudką do czynu.

Ocenienie lekarskie, czy zbrodnię daną popełnił człowiek taki z pełną świadomością i wolą, czy też niezależnie od swej woli częściowej i świadomości, jest niezwykle trudną, a to dlatego, ponieważ nie można u niego wykazać żadnego zboczenia w zakresie wyobrażania i rozumu. Jedynie wywiady mogą wykazać, iż pochodzi on z rodziny, w której zdarzały się obłąkanie, nerwice, jak padaczka (wedle Lombrozy identyczna z obłąkaniem moralnem), idyotyzm, nałogi, jak opilstwo, popędy samobójcze lub zbrodnicze.

Brak lub banalność motywu skłaniającego do zbrodni określi najlepiej przykład: i tak opisuje Lindau 12 letnią dziewczynę, która odebrawszy przemocą kolczyki 3 letniemu dziecku, zrzuciła to dziecko z okna drugiego piętra. Zapytana przez sędziego o przyczynę, która ją skłoniła do potwornej zbrodni, odpowiedziała z zimną krwią, iż zabiła dziecię dla tego, aby nie zdradziło popełnionej przez nią kradzieży przed matką. Przyznała ona wobec sądu, że choć była najgorszą uczennicą, jednak zna piąte przykazanie „nie zabijaj“ i przykazanie o miłości bliźniego, zna ona również i ustęp pisma świętego: „kto ludzką krew przelewa, tego krew przez ludzi przelaną będzie“. Żalu po czynie, wyrzutów sumienia nie odczuwała, bez skruchy stała przed zwłokami swej ofiary z spokojem spożywając chleb; z więzienia napisała list do swej matki, zaczynający się od słów: „z przyjemnością chwytam za pióro, aby ci donieść o mojem powodzeniu.“

Esquirol opowiada o dziewczęciu, które mimo karcenia objawiało od 6-go roku życia zamiar zabicia swej matki i braci a to dlatego, ponieważ nieraz słyszało, jak dziadkowie głośno życzyli sobie śmierci. Zresztą nie okazywało dziewczę żadnych zboczeń. Wobec tych przykładów, czyż można łudzić się nadzieją poprawy u dzieci, okazujących brak wszelkich zasad etycznych? Wszakżeż dowodzi Lombroso, że dorośli zbrodniarze nie posiadają uczuć altruistycznych, t. j. współczucia i poczucia godziwości! Stwierdzony przez Despina brak żalu i skruchy jest przyczyną, dla której kara, wskazana kodeksem karnym za zbrodnie, ani nie umoralnia ani nie odstrasza zbrodniarza; raz odcierpiawszy karę, popada napowrót w swe dawne błędy.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniw. Jagiell.

Przypadek porodu powikłanego włókniakami i tężcem macicy.

Podał

Dr. M. Cercha,

były I-szy asystent tejże kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 8).

Nieco inaczej, choć nie mniej groźnie, przedstawiają się stósunki wobec włókniaków podotrzewnowych. Zapalenie otrzewnej, ropienie i posocznica nie należą do rzadkości, przyczem same guzy nie okazują albo żadnych zmian, albo też powstają w nich, to jest w ich wnętrzu lub na powierzchni, zmiany wsteczne, jak zropienie lub rozpad posokowaty a dopiero w następstwie tego ogólne zakażenie. Może też guz a raczej jego szypuła w skutek nagłej zmiany w położeniu uledz okręceniu, poczem w guzie w skutek braku dowozu materyału odżywczego powstają przemiany wsteczne. Wspomniałem też o zrostach, jakie powstają w ciąży między guzem a macicą lub między guzem a narządami sąsiedniemi; wiemy z anatomii patologicznej, że zrosty takie odznaczają się dużą ilością cienkich i drobnych naczyń, które samoistnie lub też podczas zabiegów operacyjnych mogą pęknąć, następuje wylanie się krwi do jamy brzusznej (sączenie), krwotok zamaciczny, który może stać się bezpośrednio przyczyną śmierci, albo przynajmniej stanowi bardzo niebezpieczne powikłanie połogu. Sączenie to może być bardzo powolne tak, że na razie rozpoznać się nie da, (jak to było w naszym przypadku), a przecież ono położyło kres życiu matki. Taki byłby w głównych zarysach wpływ włókniaków na przebieg porodu i połogu a teraz zobaczmy, jak było w naszym przypadku?

Dnia 25. Marca 1893. przywieziono do kliniki położniczej K. R. z Rz., lat 30 liczącą, zamężną, Izraelitkę. Odbyła ona podróż dwudziesto-milową koleją żelazną. Chora podaje co następuje: Regularność miała się pojawić po raz pierwszy w 15. roku życia i powtarzała się w prawidłowych odstępach czasu; trwała zazwyczaj 5—7 dni, nie była zbyt obfitą, chora nie doznawała też podczas peryodu żadnych dolegliwości. Zamężna od lat pięciu, nie rodziła i nie roniła. Zawsze czuła się zdrową, chorób cięższych nie przebywała. Ostatnia regularność prawidłowa odbyła się z końcem Czerwca 1892. roku. W ciąży nie doznawała też żadnych znaczniejszych dolegliwości. W czasie podróży koleją miała jeszcze czuć ruchy płodu; od północy jednak ruchy te stawały się coraz słabsze, aż wreszcie zupełnie ustały. Podczas podróży skarżyła się na dreszcze. Położna, która osobie tej wraz z mężem towarzyszyła, podaje, że wezwano ją na jakiś czas przed porodem, że miała radzić, aby zawezwano lekarza a to dla tego, że w wyniku badania nabrała przekonania, że poród będzie ciężki; czy życzeniu jej stało się zadość, odpowiedzieć nie umie a i mąż,

który nie był natenczas w domu, nie wie, czy lekarza wzywano.

Pierwsze bóle porodowe miały wystąpić dnia 19. Marca i trwały aż do chwili, w której chorą wsadzono do wagonu. Drugiego, czy nawet trzeciego dnia, po wystąpieniu bólów, zawezwano lekarza, który miał badać a nawet próbować jakiegoś zabiegu, po którym miały odpłynąć wody a bóle dotychczas słabe występowały znacznie częściej i były silniejsze. Wtedy lekarz oświadczył po naradzie z drugim kolegą, że trzeba wykonać cięższą operacyę i radził, aby chorą odwieźć do Krakowa, do kliniki położniczej, co się też rzeczywiście stało. Czy i o ile wywiady te zasługują na wiarę, nie chcę stanowczo rozstrzygać; to tylko mogę powiedzieć, że tak mąż, jak i akuszerka często w odpowiedziach na jedno i to samo zapytanie, na które nawet osoba nie znająca się na sprawie porodu może dać pewną odpowiedź, w zeznaniach swych znacznie się różnili, rodząca zaś była tak sprawą porodową i podróżą zmęczona a rozkazem natychmiastowego udania się do Krakowa na operacyę przestraszona, że na jej zeznaniach bezwarunkowo polegaćby nie można, zwłaszcza, że jako pierwiastka, chociaż 30 l. licząca, niektórych pytań wcale nie rozumiała.

B a d a n i e p r z e d m i o t o w e. Osoba wzrostu średniego, na kończynach dolnych około kostek nieznaczne obrzęki, kończyny szablowato wygięte, nasadki kości długich zgrubiałe, na klatce piersiowej widoczne zmiany k r z y w i c o w e w postaci wyniosłości na granicy między żebrami a chrząstką; o d ż y w i e n i e l i c h e, rysy twarzy zaostrzone, na policzkach wypieki, język suchawy; ciepłota ciała wynosi 37° C., tętnica mało napięta, wąska, tętno 120 uderzeń na minutę. Skarży się na ciągle trwające bóle w krzyżach i w dolnej okolicy brzucha. Sutki małej objętości, obwódka ciemna, gruczoły bardzo wybitne, za uciskiem występuje obficie klej. Brzuch wypuklony niejednostajnie przez guz odpowiadający macicy, ale macicy, której zarysy występują bardzo wybitnie przez chude powłoki brzuszne, macicy, która jest twarda jak deska, zatem pozostaje w ciągłym skurczu (*tetanus uteri*). Macica dochodzi dnem swem na dwa palce poniżej wyrostka mieczykowatego, dno jest szerokie, na ścianie przedniej macicy na szerokość dwóch centymetrów od linii środkowej na prawo a na pięć centymetrów poniżej pępka można wybadać guz wielkości jabłka, o powierzchni gładkiej, tej samej zbitości, co ściągnięty mięsień macicy, guz w ścisłym związku z macicą zostający, bo nieprzesuwalny, niebolesny, nie wykazujący objawu chełbotania. W okolicy lędźwiowej prawej guz wielkości pięści, te same własności, co wyżej opisany posiadający, ale zdaje się, jakoby część jego wchodząca niżej ku okolicy pachwinowej prawej gubiła się za macicą. Zresztą z powodu tężca macicy ani części płodu wymacać, ani też tętna jego wysłuchać nie można. Chełbotania wcale wykazać nie można. Wymiary macicy: Od spojenia łonowego do pępka wypuklonego $19^1/_2$ cm., do granicy górnej guza 33 cm.

O ile rokowanie w porodach powikłanych tego rodzaju włókniakami, które wytwarzają niestósunek porodowy, jest wątpliwe, o tyle w naszym przypadku długie trwanie porodu, znużenie matki, ścieśnienie miednicy kostnej, zabiegi poprzednich operatorów a najbardziej niedostateczne rozwarcie dróg miękkich, tężec i objawy rozkładu w macicy rokowanie to bardzo pogarszały. Mieliśmy jednem słowem przed sobą przypadek zaniedbany, który już oddawna wymagał umiejętnej pomocy, i wykluczyć się nie da, że pomoc ta w odpowiednim podana czasie, mogła uratować życie i matki i płodu. Okoliczności, w których rozpoczęliśmy swe działanie, aby wobec niewątpliwej śmierci płodu ratować chociaż matkę, były tak niepomyślne, że już z góry nie tuszyliśmy sobie, aby zabiegi nasze pomyślnym na pewne mogły być uwieńczone skutkiem. A przecież trzeba było matkę już rozwiązać, a w jaki sposób, to zaraz pokrótce wyłuszczę.

Rozumowanie nasze było takie: Mamy przed sobą przypadek bezwzględnego ścieśnienia miednicy z powodu guza. W takich przypadkach, przynajmniej w szkole położniczej krakowskiej, pytamy się, czy ten guz nie da się wycofać, bez uśpienia chloroformowego, lub w niem, do miednicy dużej nad wchód. Być może, że nam to powiedzie się. A jeżeli nie, pytamy się wtedy, czy guz nie da się pomniejszyć? To pytanie w naszym przypadku nie wchodziło w rachubę, bośmy mieli to przekonanie, że o pomniejszeniu guza mowy być nie może. Cóż wtedy pozostaje, gdy na obydwa te pytania odpowiedź mamy przeczącą? Wtedy postępujemy tak, jak w bezwzględnem ścieśnieniu, t. j. albo drogą naturalną trzeba wydobyć płód pomniejszony, jeżeli ścieśnienie nie przekracza poniżej $5^1/_2$ cm. lub też robimy cięcie cesarskie, i to albo zachowawcze (Saenger), albo z wycięciem macicy (Porro).

Jakże się rzecz miała w naszym przypadku?

Gdybyśmy mogli wykazać niewątpliwie, że płód żyje, i gdyby tylko guz zaklinowany w miednicy małej stanowił zaporę, to według zasad szkoły krakowskiej, a powiedzmy, i w innych szkołach używanych, musielibyśmy myśleć w pierwszym rzędzie o wycofaniu guza w uśpieniu chloroformowem i wydobyciu płodu drogą naturalną i moglibyśmy się spodziewać w razie, gdyby się guz dał wysunąć, pomyślnego wyniku i dla płodu i dla matki, taki bowiem przebieg nie jest czemś nadzwyczajnem. Ależ w naszym przypadku oprócz guza mieliśmy jeszcze ścieśnienie ogólne miednicy kostnej drugiego stopnia; otóż, gdyby płód był żywy, to zdaniem mojem nawet po wycofaniu guza nie wyszedłby on przy zabiegu operacyjnym cało, a w takim razie bylibyśmy się niewątpliwie zdecydowali na wykonanie cięcia cesarskiego, wydobywszy zaś płód żywy bylibyśmy wykonali na macicy taki zabieg, którýby uwolnił raz na zawsze kobietę od włókniaków, a więc bądź wycięcie włókniaków, bądź też wyłuszczenie sposobem Martina, lub odcięcie macicy powyżej szyi z zapuszczeniem kikuta do jamy brzusznej, lub z pozostawieniem go na zewnątrz. Zdaje mi się, że tym sposobem osiągnęlibyśmy najpomyślniejszy wynik porodu a zarazem uwolnilibyśmy matkę od niebezpieczeństw połączonych z obecnością włókniaków w macicy. Niestety zaraz po pierwszem badaniu nabraliśmy przekonania, że płód nie żyje, a przyczyną tego było przeciąganie się porodu, bezskuteczne zabiegi operacyjne w domu a nadewszystko tężec macicy, który był następstwem niestósunku porodowego i wyżej wymienionych okoliczności. Zabieg tak ciężki, jak cięcie cesarskie przy porodzie powikłanym włókniakami macicy, który według Saengera w $83^0/_0$ przypadków kończy się niepomyślnie dla matki, byłby za cenę żywego płodu niewątpliwie usprawiedliwiony. Ale zwolennik cięcia łonowego mógłby nam powiedzieć, że nie pomyśleliśmy o tej zbawiennej operacyi po odprowadzeniu guza Owszem i ta myśl

nam zabłysła, ale gdyby nawet było do niej wskazanie, to nauczeni doświadczeniem jednego wprawdzie tylko przypadku, nie łatwiejbyśmy się na nie pisali, niż na wykonanie cięcia cesarskiego. Przypadek ten ogłosiłem w *Przegl. lekarskim.* [1])

(Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Choroby wewnętrzne.

J. Goldschmidt (na Maderze): **Przyczynek do etyologii i profilaksy trądu.**

Na podstawie własnego doświadczenia i wielu dat statystycznych jak i historycznych o przebiegu trądu, przychodzi autor do wniosku, że choroba przenosi się z człowieka na człowieka, jakkolwiek stanowczo nie wyklucza dziedziczenia; zakażenie jednak nie odbywa się łatwo a zostaje w związku z ułożeniem laseczników wśród komórek i z ich prawdopodobnem a łatwem obumieraniem, skoro się tylko na zewnątrz dostaną. Czynnikami wpływającymi na rozszerzenie się zarazy są: niski stopień cywilizacyi, niekorzystne stósunki higieniczne, pomiędzy którymi rolę główną odgrywa niedostateczna i nieodpowiednia żywność, jak również słabe zaludnienie. Położenie geograficzne i klimatyczne stósunki mają tylko znaczenie dodatkowe.

Wskazówki profilaktyczne czyni autor zależnemi od tego, w jakich krajach i pomiędzy jaką ludnością ma się ich używać. I tak: tam gdzie jest pewna odporność względem jadu, wystarcza roztoczenie opieki nad istniejącymi przypadkami; ubogich chorych należy umieścić w umyślnie ku temu celowi przeznaczonych zakładach. Małżeństwa między trędowatymi powinny być wzbronione i to stanowczo w tych przypadkach, gdzie choroba rozpostarła się już i na wewnętrzne organa. Na małżeństwa między trędowatymi a zdrowymi można pozwalać, dzieci jednak z nich spłodzone należy uważać za podejrzane i ropą ich nie szczepić ospy u zdrowych; kobiety w takich małżeństwach nie powinny karmić ani swoich ani cudzych dzieci, wreszcie starać się unikać przywleczenia nowych przypadków i dlatego kraje, w których zaraza postępuje, odciąć od pośredniego i bezpośredniego stósunku z innymi. Podobne postępowanie należy stósować do krajów ze znaną predyspozycyą dla trądu. Ponieważ jednak tutaj spotykamy się z ludnością o niskim stopniu cywilizacyi, trzeba więc przedewszystkiem unikać importacyi, bo czuwanie nad istniejącymi już przypadkami jest trudne. Wreszcie w krajach, gdzie trąd zdawien dawna ma stałą siedzibę jako choroba nagminna, należy się starać o poprawę stósunków socyalnych przez podniesienie oświaty i dobrobytu. *(Berliner klinische Wochenschrift 12. Lutego 1894). Dr. Kaczyński.*

Lahusen: **O pewnym objawie w nerwowych cierpieniach jelit.**

W cierpieniach znanych pod ogólną nazwą atonii jelit i nerwowej dyspepsyi zwraca autor uwagę na nieopisany dotąd objaw, mianowicie na charakterystyczną bolesność za uciskiem splotu śródbrzusznego *(plexus coeliacus)*. Najłatwiej objaw ten wywołać można po opróżnieniu przewodu pokarmowego jakimkolwiek środkiem przeczyszczającym, jeśli uciskamy nieco niżej i ku stronie lewej od miejsca jego anatomicznego położenia. Objaw ten jest tem charakterystyczniejszy, że występuje stale w jednem i tem samem miejscu, chociaż badanie przedmiotowe nie wykazuje żadnych oporów ani zmian. Czy i jakim zmianom anatomicznym sam splot śródbrzuszny ulega, na razie ocenić nie można wobec braku sekcyj. W leczeniu posługuje się autor stałym mniej więcej szablonem, polegającym na procedurach hidropatycznych; stósuje mianowicie wilgotny okład przez noc całą, rano tusze, kąpiele parowe i elektryczne naprzemian, wreszcie masaż, po południu kąpiel nasiadową 25° R., prąd indukcyjny i gimnastykę. Dyeta w ogóle pożywna z unikaniem potraw wywołujących wzdęcie i napojów obfitujących w bezwodnik węglowy. *(Münchener med. Wochenschrift 6. Lutego 1894). Dr. Kaczyński.*

[1]) Cercha: Przyczynek do cięcia łonowego. *Przegląd lekarski* 1893 Nr. 34—38.

Terapia.

M. Baede: **Tracheotomia z przyczyny zatrucia lizolem.**

Autor opisuje przypadek zatrucia lizolem dziecka 10 miesięcznego, w oddziele chirurgicznym Prof. Rosego po podaniu łyżeczki czystego lizolu zamiast tranu rybiego. Skutkiem żrącego działania środka wystąpiło obrzmienie głośni z objawami znacznej duszności tak, iż tracheotomia była konieczną, poczem stan dziecka nieco się poprawił, lecz w 24 godzin po zażyciu wystąpiły objawy intoksykacyi pod postacią drgawek kończyn, szybkiego oddechu, śpiączki i w $8^1/_2$ godziny dziecko umarło. *(Zeitschrift f. Chirurgie. Tom. 36. 5 i 6. Dr. Komorowski.*

Variot: **Antyseptyczne leczenie błonicy.**

Kliniczne odróżnianie błonicy prawdziwej od wrzekomej (*angina pseudomembranacea*) ze względu na terapię nie ma wielkiego znaczenia i każdą podejrzaną anginę trzeba koniecznie leczyć jako błonicę bez względu na to, jaka jest przyczyna bakteryologiczna. Błonica jest chorobą miejscową i jako taką trzeba leczyć miejscowo, ogólna zaś infekcya jest to rzecz następowa wynikła z wessania pewnej ilości substancyj gnilnych. Przeciwgnilne leczenie polega na oczyszczeniu gardła za pomocą pędzelka lub tamponu z waty z 10% kwasem karbolowym, by błony rozmiękły, jednak by nie przyszło do krwawienia; poczem iryguje się gardło słabym płynem przeciwgnilnym. To tuszowanie gardła i irygacye winno się robić co dwie godziny we dnie i nocy, dopóki tworzą się błony. Do pędzlowań i tuszowań używa autor połączenia kamfory z kwasem karbolowym, nie działającego żrąco, wedle przepisu Sooleza:

Acidi carbolici	*5·00*
Camphorae	*20·00*
Olei olivarum	*50·00*

lub Gauchera i Hutinela:

Acidi carbolici	*5·00*
Alcoholi 90°	*10·00*
Olei ricini	*15·00*
Camphorae	*20·00*

lub

Acidi carbolici	*5·00*
Alcoholi 90°	*10·00*
Camphorae	*20·00*
Glycerini	*25·00*

Do irygacyi używa autor w ogóle środków przeciwgnilnych, lecz bardzo roztworzonych, jak kwasu borowego 1‰, kwasu salicylowego 1‰, kwasu karbolowego 4‰.

Odżywianie chorych winno być bardzo energiczne a dla wzmocnienia podaje się:

Rp.	*Extr. Chinae*	*4.00*
	Aquae destil.	*100·00*
	Cognaci optimi	
	Syr. cort aurant. $\widetilde{aa}$	*50.00*

S. Co godzinę łyżeczka.

Journal de clin. et de Thérap. infantiles Nr. 2. Dr. Komorowski.

Ginekologia.

O. Thelen: **Przyczynek do operacyi wycięcia macicy przez pochwę.**

W przypadkach, w których pochwa wązka i macica niedostatecznie ruchoma a więc utrudniony przystęp do części pochwowej i więzów szerokich, uważa autor, że sposoby po-

dane przez Hohenegga i Zuckerkandla nie są dobre, gdyż leczenie pooperacyjne, skutkiem wytwarzania się zaułków łatwo ropiejących, jest utrudnione. Natomiast radzi postępowanie następujące: nacina poprzecznie i głęboko w kierunku od pochwy ku zewnątrz wargę sromną mniejszą i większą i przedłuża to cięcie na całą boczną ścianę pochwy, następnie tamponuje ją mocno; skoro tampon poleżał jakiś czas, usuwa go a naczyńka krwawiące jeszcze podwiązuje, poczem zakłada wzierniki i rozciąga niemi ściany pochwy, odsłaniając sobie w ten sposób część pochwową, którą stara się teraz sprowadzić jak najniżej, i podwięzuje więzadła *in situ* w sposób zwyczajny. W przypadkach bardzo znacznej wazkości pochwy lub znacznego powiększenia macicy, radzi postępowanie powyższe zastosować obustronnie, twierdząc zarazem, że nacięcia takie bocznych ścian pochwy bardzo łatwo się goją, szczególniej jeżeli się je zeszyje, przystęp zaś ma być tak dobrym, że T. przypuszcza, iż tą drogą możnaby się pokusić o wyłuszczenie guzów z więzadeł szerokich. Wreszcie opisuje autor przypadek, który w powyższy sposób operował ze znakomitym skutkiem. Podniesienie ciepłoty do 38·5° C. obserwował tylko raz 3-go dnia po operacyi. (*Centralblatt für Gynäkologie Nr. 4. Styczeń 1894 r.*).

Dr. Zoll.

Zapiski terapeutyczne.

— Na posiedzeniu londyńskiego Towarzystwa klinicznego w dniu 9. Lutego b. r. opowiedział Arbuthnot Lane o przypadku u mężczyzny 60-letniego, cierpiącego na łuszczycę *(psoriasis)*, któremu przez lat 30 zadawano wewnętrznie rozczyn Fowlerowy. Człowiek ten okazywał rozległy przybłoniak owrzodziały na powierzchni grzbietowej jednego przedramienia bez obrzmienia gruczołów limfatycznych. Nowotwór ten oddalono przez operacyą w Lutym 1892. roku. W połowie r. 1893. okazywał chory, o którym mowa, na mosznach i na międzykroczu trzy inne owrzodziałe przybłoniaki, które również odjęto przez operacyą. Wtedy z porady Lanego chory przestał zażywać arszenik, poczem łuszczyca pojawiła się na całem ciele. W Grudniu r. 1893. ukazały się na mosznach znów dwa nowe guzki przybłoniakowe, które również wycięto a w Styczniu r. b. znów kilka, również na mosznach. W ogólności miał chory na sobie 11 przybłoniaków, z których tylko jeden rozwinął się w miejscu zmiany łuszczycowej w skórze.

Do spostrzeżenia tego dodał Jonatan Hutchinson, że u wielu chorych, zażywających długo arszenik, mógł widzieć zgrubienie warstwy rogowej przyskórka na dłoniach i podeszwach i uważa to wraz z wystąpieniem zboczeń w zakresie czucia za wskazanie do przerwania leczenia arszenikiem w celu uniknienia niebezpieczeństwa ze strony pojawić się mogących przybłoniaków. *(La semaine médicale. 21. Lutego 1894).*

— T. Clemens w Frankfurcie nad Menem podaje chorym na moczówkę cukrową z bardzo dobrym skutkiem po 6 do 10 kropel gwajakolu po trzy razy dziennie w łyżce stołowej mleka lub tranu rybiego. Pod wpływem tego środka w przeważnej liczbie przypadków zmniejsza się ilość cukru i moczu, niekiedy cukier nawet znika zupełnie a stan ogólny poprawia się znakomicie.

— Analgen wyrabiany przez chemiczną fabrykę Dahla i spółki w Barmen, przedstawia proszek biały, krystaliczny, bez smaku, w wodzie nierozpuszczalny. Po zażywaniu jego nabiera mocz barwy czerwonej, przybierającej po dłuższem staniu odcień brunatny. Zadaje się go na raz dorosłym po pół grama i dochodzi do największej ilości na dzień 2·50 grama.

Analgen okazał się nieraz skutecznym w bólu głowy, osobliwie połowiczym, w bólach jako przypadzie wiądu pacierzowego, w morzysku macicznem, w zapaleniu wielu nerwów (*neuritis multiplex*) i gośćcu stawowym. (*Mittheilungen des Vereines der Aerzte in Steiermark. 8. 1893.*)

— Z pracy przedstawionej przez Girmuńskiego ostatniemu zjazdowi lekarzy rosyjskich w Petersburgu wypada, że wstrzykiwania podskórne pilokarpiny są skuteczne w świeżych cierpieniach błędnika i to tem skuteczniejsze, im wcześniej ich się użyje, natomiast nie mają żadnego wpływu korzystnego na zadawnione choroby błędnika i suche nieżyty jamy bębenkowej.

— Przeciwko cuchnącemu owrzodzeniu błony śluzowej nosa (*ozaena*) zaleca J. Dunn maść:

28) Rp. *Olei anisi*
Kreozoti fagini
āā guttas viginti
Vaselini *30·00*

MDS. Wprowadzać do nosa małą ilość i wciągać ją następnie mocno zatkawszy sobie poprzednio drugą dziurkę od nosa. (*La semaine médicale 28. Lutego 1894*).

— Przeciwko temuż samemu cierpieniu zaleca Felici przepłukiwanie nozdrzy po dwa razy dziennie rozczynem wodnym 0·20 do 0·30% sakcharyny. (*Annales des maladies de l'oreille. 11. 1893*).

— Na wypryski na twarzy suche, łuszczące się, nie znoszące żadnego środka miejscowego zwykle w podobnych przypadkach używanego, zaleca się maść:

29) Rp. *Lanolini* *20·00*
Natrii borici *2·00*

MDS. Do używania po 2 do 3 razy dziennie naprzemian z parafiną płynną, którą za pomocą pęczka waty daje się dosyć grubo na miejsca chore po 2 do 3 razy dziennie.

— Przeciw dychawicy (*asthma*) przepisuje prof. Rokitansky:

30) Rp. *Hydratis chlorali*
Kalii jodati
āā *2·00*
Aquae destil. *150·00*
Syr. cort. aurantiorum *20·00*

MDS. Od dwóch do pięciu łyżek zażywać dziennie w miarę potrzeby.

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

XVIII. Posiedzenie z dnia 12. Stycznia 1893.

Przewodniczący kol. Schramm. — Obecnych członków 35.

1) Po odczytaniu protokółu kol. Bory przedkłada zdanie sprawy z czynności sekretarskiej i z ruchu naukowego w Sekcyi lwowskiej w 1893. roku.

2) Kol. Klemens Dębicki przedkłada sprawozdanie bibliotekarskie. Na wniosek kol. Wehra wyrażono kol. bibliotekarzowi uznanie za gorliwą pracę poświęconą uporządkowaniu i powiększeniu biblioteki.

3) Sprawozdanie gospodarza kol. Longchampsa przyjęto.

Po przemówieniu kol. przewodniczącego, który przedstawił w zarysie obraz ruchu naukowego Sekcyi w roku ubiegłym, na wniosek kol. Ziembickiego wyrażono ustępującemu przewodniczącemu uznanie za jego starania i gorliwą pracę około rozwoju ruchu naukowego w Sekcyi.

4) Kol. Bylicki jako sprawozdawca Komisyi Matki przedstawia kandydatów na członków nowego biura Sekcyi.

Wybrano przewodniczącym kol. Stroynowskiego, zastępcą przewodniczącego kol. Festenburga, sekretarzem naukowym kol. Borego, członkami biura kol. Longchampsa i kol. Mukowicza, delegatami na walne zebranie koll. Jandę, Jana Rosnera i Świątkiewicza, zastępcami delegatów kol. Tatarczucha i kol. Wechslera.

Na tem posiedzenie zakończono.

Rok administracyjny 1894.

I. Posiedzenie z dnia 26. Stycznia 1894 r.

Przewodniczący kol. Stroynowski. — Obecnych członków 30.

1) Na wstępie kol przewodniczący poświęca kilka gorących słów pamięci zmarłego prof. Maurycego Madurowicza i wzywa obecnych do oddania mu czci przez powstanie z miejsca. Na posiedzeniu członków biura z tego powodu zwołanem postanowiono wysłać telegramy kondolencyjne do rodziny zmarłego, do prezesa Tow. lek. krak., wreszcie do prof. Marsa, którego uproszono o reprezentowanie Sekcyi lwowskiej podczas obchodu pogrzebowego i o złożenie w imieniu Sekcyi wieńca na trumnie.

2) Kol. przewodniczący w dłuższem przemówieniu dziękuje za wybór na przewodniczącego Sekcyi i wzywa kolegów do współdziałania w pracy około dalszego rozwoju ruchu naukowego w Sekcyi.

3) Kol. Piotrowski miał wykład: O stanie nauk lekarskich w Anglii. (Rzecz ogłaszana w całości w *Przegl. Lekarskim*).

Na tem posiedzenie zakończono.

Sekretarz: *Dr. Bory.*

VI. Uwagi o szpitalach prowincyonalnych.

(Dokończenie. Patrz Nr. 9).

Tyle o służbie szpitalnej. Przechodzę do sekundaryuszów. Ci wybrańcami losu nazwani być nie mogą. Rolę ich w szpitalach określa Instrukcya napisana w czasach, kiedy sekundaryuszami byli chirurdzy, ludzie nieszczególnej reputacyi naukowej. To też instrukcya odmawia sekundaryuszom wszelkiego cienia samodzielności; nawet w razach największej nagłości nie wolno im wykonywać żadnej operacyi a w ciężkich przypadkach chorobowych nie oni, lecz lekarze pozaszpitalni mają być do konsylium wzywani. Nie wolno im przyjmować chorych a w razie nieobecności prymaryusza nie im naznacza instrukcya zastępstwo i odpowiedzialność za szpital. Do nich należy tylko przygotowanie chorych do wizyty lekarza ordynującego, pilnowanie, by jego polecenia ściśle wykonywano, pisanie recept, kartek kąpielowych i utrzymywanie w porządku narzędzi. Władzy rozkazywania służbie niższej nie przyznaje im zgoła instrukcya; o wszystkiem tylko mają donosić lekarzowi ordynującemu. Dodajmy do tego spisywanie codzienne dyety i prowadzenie protokółu chorych a będziemy mieli zakres czynności odpowiadający mniej więcej temu, co za dawnej organizacyi robili po szpitalach garnizonowych wojskowo-lekarscy elewowie w randze szeregowca, albo co po dziś dzień robią felczerzy w szpitalach rosyjskich. Najmniejszego wpływu na rozwój instytucyi, najmniejszej styczności z organami zwierzchniczymi szpitala instrukcya sekundaryuszom nie przyznaje. Instrukcya do dziś dnia nie zmieniła się, stósunki jednak znacznej uległy zmianie. Coraz mniej chirurgów sekundaryuszów, coraz więcej ludzi z zupełnemi studyami uniwers. i praktyką w szpitalach krajowych lub zagranicznych. Konkurencya usuwa ich z miast większych na prowincyę a właśnie zamiłowanie do nauki każe im wybierać posady szpitalne, by nie zgubili się wśród szarej praktyki prywatnej. W szpitalach jednak spotykają się z tą instrukcyą o felczerskim zakresie. Błądziłby jednak, ktoby mniemał, że w granicach tej instrukcyi streszcza się cała ich czynność. Siła konieczności zupełnie inaczej grupuje bowiem podział pracy w szpitalu i nie krępując się zgoła drukowanymi przepisami, wypełnia papierową przepaść dzielącą sekundaryusza od lekarza ordynującego. Wpływa na to wiele okoliczności, z których najważniejsze tu przytoczę. Ponieważ płaca lekarzy szpitalnych na prowincyi nie wystarcza do utrzymania siebie i rodziny, przeto lekarze prowincyonalni zajmują się przedewszystkiem praktyką prywatną, są znawcami sądowymi, delegatami starostw powiatowych do czynności sanitarnych, jak szczepienie, asanacya i t. p. Na tem polu spotyka się lekarz ordynujący z sekundaryuszem w stósunku zupełnego równouprawnienia, ani bowiem publiczność cierpiąca, ani władze nie uznają żadnej różnicy hierarchicznej między nimi i kierują się wyłącznie osobistymi przymiotami jednego lub drugiego. To stykanie się na różnych polach poza szpitalem, wyrabia pomiędzy lekarzem ordynującym a sekundaryuszem koleżeńską zażyłość i wzajemne zaufanie a nie jest to bez wpływu na ich stósunek szpitalny. Lekarz ordynujący, wyjeżdżając często na praktykę lub komisye, z wielką ochotą widzi, jak sekundaryusz bierze na swe barki część jego władzy urzędowej i odpowiedzialności. Odwrotnie zaś lekarz ordynujący pod nieobecność sekundaryusza równie chętnie go zastąpi. W taki to sposób poprawiają się stósunki służbowe sekundaryuszów i coraz częściej spotyka się szpitale, gdzie czynny, młody sekundaryusz wypiera tradycye felczerskie i jest istotnie dzielną podporą zakładu. I nie może nawet być inaczej, by człowiek młody, wywiedziony z dobrej szkoły, napojony duchem szpitali krajowych i klinik zagranicznych, nie oddziałał korzystnie na instytucyę, w której choćby najskromniejsze zajmie miejsce. Mimo to wszystko jednak gmach doli sekundaryszów na bardzo lotnym opiera się piasku a socyalne ich stanowisko jest urzędowo zepchnięte do wielkiej podrzędności. Lekarz ordynujący jednem słowem może sekundaryusza wtrącić znowu w upokarzające ramy instrukcyi. Rady szpitalne z jego opinią nie potrzebują się bynajmniej liczyć, ani pytać się go o zdanie; każdej chwili może się wśród najpiękniejszej działalności dowiedzieć, że nie jest niczem innem dla szpitala, jak tylko felczerem. Stanowisko podrzędne sekundaryuszów prowincyonalnych nie może mieć analogicznego usprawiedliwienia w stósunkach wielkoszpitalnych, zwłaszcza po miastach uniwersyteckich. Tam lekarzem ordynującym, prymaryuszem jest zazwyczaj wybitny specyalista, powaga naukowa w pewnym dziale, profesor lub docent. Pobyt przy nim jest dla młodego sekundaryusza dalszym ciągiem szkoły w zakresie tej lub owej specyalności a płacę uważać raczej należy za stypendyum; panuje tam stósunek nauczyciela do ucznia. Dlatego słusznie czas trwania posad takich jest ściśle na lata odmierzony, by coraz nowe siły młode korzystać mogły ze światła wiedzy naczelnika oddziału. Na prowincyi o tem mowy nie ma. Średni poziom wiedzy lekarza ordynującego i sekundaryusza jest zazwyczaj jednaki a o objęciu tej lub owej posady rozstrzygały okoliczności postronne, w żadnym jednak razie nie to, co w szpitalach krajowych i klinikach. Tu sekundaryusz zaprzęga się na całe życie do jednego wózka. Z razu póki młody, jest mu w tym zaprzęgu do twarzy, ale lata biegną, człowiek rozwija wiedzę i nabywa doświadczenia, dochodzi wieku męzkiego, staje na progu starości otoczony może powszechnym szacunkiem a wózek wyładowany instrukcyą zostaje zawsze niezmienny. Młodzi ludzie, których na początku swej karyery poznał w mieście szpitalnem auskultantami i praktykantami, a którzy mu zazdrościli doli, idą naprzód w swej hierarchii, wracają po latach naczelnikami i staro-

stami, a tylko dla sekundaryusza awansu nie ma. Nauczyciel ludowy w miarę lat pracy dochodzi do lepszej płacy i stałej posady, kancelista rady powiatowej lub urzędnik magistracki też same ma na przyszłość widoki; tylko sekundaryusz szpitala pozostaje zawsze jednako płatny i jednako podrzędny.

Konkretnie streścić by można następujące projekty zmiany. Instrukcya szpitalna przyznaje sekundaryuszom wyraźnie prawo zastępowania lekarza ordynującego w sprawach odnoszących się do chorych a więc prawo przyjmowania i wydalania chorych w razie nieobecności lekarza ordynującego, prawo wykonywania nagłych operacyj przy pomocy lekarza pozaszpitalnego pod nieobecność prymaryusza, prawo rozporządzania służbą szpitalną w rzeczach tyczących się porządku szpitalnego, pod własną, osobistą odpowiedzialnością, głos w zarządzie szpitala, głos doradczy w komitecie szpitalnym, udział w posiedzeniach rad szpitalnych. Tym sposobem uszlachetni się moralne stanowisko sekundaryuszów bez najmniejszego rozdwojenia w rygorze i bez naruszenia słusznych praw lekarza ordynującego, jako głowy zakładu. Pod względem materyalnym sekundaryusze zostają z razu prowizorycznymi a następnie stałymi urzędnikami krajowymi, z płacą choćby dotychczasową, obowiązkowo wzrastającą w miarę wzrostu liczby chorych. Po odbyciu pięcioletniej, nieprzerwanej służby przy tym samym szpitalu w sposób nienaganny, jeżeli złoży w tym czasie dowody piśmienne pracy naukowej, nabiera sekundaryusz prawa pierwszeństwa przy obsadzeniu opróżnionych posad prymaryuszów. (Analogiczne prawo nadaje egzamin na fizyka przy obsadzaniu posad okręgowych).

Przejdźmy teraz do lekarzy ordynujących czyli prymaryuszów. Stanowisko ich urzędowe i społeczne jest bardzo dokładnie określone i daje im pole do zaspokojenia najszlachetniejszych ambicyj zarówno lekarskich, jak i obywatelskich. Każdy z nich stoi na czele zakładu skupiającego w sobie niemal wszystkie postulaty zdrowotne pewnej części kraju, mniej więcej jednego lub dwóch powiatów. Ma wpływ na rozwój i postęp tego zakładu i słusznie też można powiedzieć, że w kwestyi powodzenia tego lub owego szpitala zależy bardzo wiele a niemal wszystko od osobistej dzielności prymaryusza. Stanowisko, jakie potrafi sobie nadać wobec władz, zarówno politycznych, jak i autonomicznych, oraz reputacya, jaką sobie pomiędzy publicznością wyjedna, stanowią o większem lub mniejszem poważaniu i wziętości zakładu. Już w samem łonie szpitala czeka go może najtrudniejszy stósunek urzędowy. Jest to stósunek prymaryusza do rady szpitalnej: należąc do niej z głosem tylko doradczym, nie ma żadnego prawa wpływać na tok zarządzeń tej rady, choćby się z ich treścią nie zgadzał, a przecież przed światem, jako naczelnik zakładu, za skutki tych zarządzeń w bolesny nieraz sposób musi odpowiadać. Do rad bowiem szpitalnych należą ludzie różnego stopnia inteligencyi, bardzo niewiele znający się nieraz na szpitalnictwie a powodowani rozmaitemi wpływami i uprzedzeniami. Chcąc więc wybrnąć szczęśliwie z pośród tych sprzeczności, musi prymaryusz złożyć niejednokrotnie dowody wielkiego taktu, znajomości ludzi i niezachwianej stanowczości. Widzimy więc, że dobry i sumienny prymaryusz nie łatwe ma przed sobą zadania, nie łatwe jest i obsadzenie posady prymaryusza. To też nie zawsze trafnie się ono odbywa. Zwłaszcza w szpitalach pod zarządem miejskim, gdzie nadanie posady zależy od łaski i względów wszystkich panów członków rady, dużo jest antyszambrowania, wizyt we fraku, familijnych interesów, protekcyi i protekcyjek a w powodzi tej małomiasteczkowej polityki, topi się często główny cel t. j. wybór istotnie godnego człowieka. Wzajemne niezadowolenie bywa zwykle skutkiem tego stanu rzeczy. Byłoby więc bardzo pożądanem, aby władza kompetentna, jaką jest Wydział krajowy, przejrzawszy wszystkie wpływające podania, wybrała z nich trzy i takie terno do ściślejszego wyboru, z wykluczeniem wszelkich innych podań, właściwej Radzie miejskiej lub właściwemu Wydziałowi powiatowemu przedkładała.

Na jedno jeszcze zjawisko zwrócić chcę uwagę. W ostatnich kilku latach przy obsadzeniu posad prymaryuszów lwia ich część dostaje się lekarzom z kwalifikacyami operatorów, specyalnie zaś wychowankom oddziału chirurgicznego jednego ze szpitali krajowych. Motywem przeważającym na ich korzyść ma być potrzeba operatorów w szpitalach prowincyonalnych. Czy jednak w ten sposób zaspakaja się to wymaganie, to już inna kwestya. Wysokie tajemnice sztuki chirurgicznej wielkiego zastósowania w szpitalu prowincyonalnym nie znajdą a o ich niepowodzeniu przekonałem się osobiście aż w dwóch szpitalach prowincyonalnych. By zaś zrobić dobrze tracheotomię, herniotomię, amputacyę lub enukleacyę, resekcyę żebra lub kastracyę, na to może się porwać i nie specyalny chirurg, ale każdy sumienny praktyk, który w klinice i w studyach pouniwersyteckich darmo nie jadł chleba. Jeżeli tę sprawę poruszyłem, to dlatego, że chcę podnieść jednostronność zagnieżdżającej się zasady, zasady, która przyjąwszy się na dobre, ukrzywdzi innych kandydatów. Że prymaryusz szpitala powinien być biegłym w wykonywaniu głównych rękoczynów chirurgicznych, to nie ulega wątpliwości, ale nie ma on zadania przerabiać szpital na oddział chirurgiczny, lecz musi równocześnie z równą miłością uprawiać wszystkie działy swego pięknego zawodu, w miarę jak mu je życie codzienne nasuwa a więc medycynę wewnętrzną, syfilidologią, położnictwo i t. p. a nad wszystkiem górować musi umysł tęgi ogólno-lekarski, wolny od uprzedzeń, humanitarnie myślący. Taki dopiero prymaryusz stanie na wysokości swego zadania a nie koniecznie tylko operator o to ma prawo się pokusić.

W sprawie ustalenia prymaryuszów, jako urzędników krajowych, powiedzieć wypada to samo, co przy omawianiu sekundaryuszów poruszyłem. Nie tykam jednak tego przedmiotu, gdyż w petycyi prymaryuszów do Wysokiego Sejmu rzecz tę obrobiono wyczerpująco i gruntownie.

Oto są myśli luźne, jakie nasuwają się przy spokojnem i bezstronnem przypatrywaniu się stósunkom szpitalnym. Są one oparte na niewątpliwych okolicznościach, których nie przytaczam, by rzeczy nie rozwlekać. Byłoby mi nagrodą, gdyby myśli te zasłużyły sobie już nie na uwzględnienie, ale tylko na uwagę.

---

†

VII. Dr. Bronisław Paleczny.

I znów mamy rzucić garstkę wspomnienia Koledze, który padł ofiarą swego zawodu i swego stanowiska.

W rozkwicie pełni sił i życia, bo zaledwie 28 lat przeżył na tym świecie, a już nieubłagane przeznaczenie wy-

rwało śp. Bronisława z pośród nas, a już przyszło nam go pożegnać na wieki.

A temwięcej musimy odczuć tę stratę, gdy widzimy, jak piękne, zacne i poczciwe było życie zmarłego, jaka mrówcza praca i żądza nowych odkryć w naszej nauce i wiedzy ogarniała śp. Dra Palecznego, z jakiem pragnieniem i żywą chęcią a przytem i pełną wiarą w możność przyniesienia pomocy niósł zasób swej wiedzy cierpiącym. A wiedzę, naukę i doświadczenie miał wielkie, bo czego jeszcze nie dostawało śp. Bronisławowi ze studyów w naszej *Alma Mater*, to dopełnił reszty podróżą za granicą i doświadczeniem nabytem w szpitalu św. Łazarza, gdzie pełnił obowiązki sekundaryusza; tu też prawdopodobnie nabawił się duru plamistego, na który zmarł po dwutygodniowych cierpieniach d. 2. b. m.

Liczny szereg notat, studyów przygotowawczych i dwie rozpoczęte prace świadczą dobrze o pragnieniu ś.p. Palecznego przysporzenia naszemu piśmiennictwu nowych prawd i zdobyczy.

Tych parę słów kolegi z ław uniwersyteckich i towarzysza w pracy szpitalnej, który miał sposobność widzieć i podziwiać tę pogodę umysłu Zmarłego, tę równowagę usposobienia, niczem nigdy nie zamąconą, tę łagodność i cierpliwość w obcowaniu z chorymi, tę wielką pracę i gorliwość w wypełnianiu swych obowiązków, tych parę słów, powtarzam, niech służy za hołd oddany śp. Bronisławowi; żal zaś powszechny a szczery wśród kolegów za godny pomnik; a modły i prawdziwe błogosławieństwo chorych i cierpiących za żywo polecające się zasługi w tym nowym a nieznanym nam świecie. Spoczywaj w spokoju! *Dr. B. O.*

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 8. Marca 1894 r.

— Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w dniu 7. b. m. posiedzenie zwyczajne, na którem po załatwieniu kilku spraw administracyjnych i przybraniu koll. prof. Cybulskiego i Kwaśnickiego do komisyi terminologicznej, zajmującej się pracą koło drugiego wydania słownika lekarskiego, okazał kol. prof. Rosner przypadek promienicy (*actinomycosis*) na twarzy, kol. prof. Pieniążek operowany przez siebie przypadek choroby krtani, poczem toczyła się nad wykładem kol. prof. Rydygiera, mianym na przeszłem posiedzeniu, obszerna dyskusya, w której brali udział prócz prelegenta koll. proff. Gluziński i Korczyński.

— Wyszła trzecia część dzieła prof. N. Cybulskiego: *Fizyologia człowieka* obejmująca rozdziały: wydaliny, charakter spraw chemicznych, statyka i dynamika ustroju. Zmysły. Oko. Cena niezwykle przystępna, bo tylko 75 kopiejek. Z pracy tej zdamy wkrótce sprawę w niniejszem piśmie.

— Z nadesłanego nam zdania sprawy pracowni bakteryologicznej warszawskiej Drów O. Bujwida i Wł. Palmirskiego za rok 1892. wyjmujemy następujące daty:

Zgłosiło się o poradę 482 osoby, z których uznano potrzebę leczenia u 419, mianowicie u 291 mężczyzn i 128 kobiet. Z Warszawy i okolicy pochodziło osób 94. Do lat 15 było osób 191, nad 15 lat 228. Leczenie rozpoczęto po ukąszeniu w dni 1 do 2 u 133 osób, w 2 do 5 dni u 156, w 5 do 10 dni u 84, w 10 do 20 dni u 38, w 20 do 30 dni u 3, w 30 do 40 i więcej dni u 5. Pokąsanych przez psy było osób 380, przez koty 21, przez konie 2, przez świnie 1, przez wilki 15. Chorzy byli w leczeniu we wszystkich miesiącach, najwięcej ich było we Wrześniu (bo 54), najmniej w Styczniu (23). Zmarło 6 osób, co stanowi 1·4% leczonych. Szczepienie rozpoczynano rdzeniem 8-dniowym, kończono 2-dniowym. Leczenie trwało od 6 do 10 dni; zastrzykiwano po 2 do 3 razy dziennie po 2 cm. sz. dosyć gęstej emulsyi z rdzenia króliczanego.

Niezadawalniające rezultaty skłoniły autorów do przedłużenia czasu kuracyi w r. 1893. od 1 do 2 tygodni, powiększenia liczby dziennych szczepień, przechowywania rdzeni w ciepłocie, co najwięcej od 10 do 12° C. i dochodzenia do szczepienia emulsyą nawet 1-dniowego rdzenia. Wyniki szczepień w r. 1893. zapowiadają się pomyślnej, albowiem na 573 szczepionych nie umarł nikt.

Liczba osób leczonych i % śmiertelności przedstawiają się w różnych latach tak: rok 1888. osób 317, śmiertelność 0%, 1889 rok 343, zmarło 3, śmiertelność 0·87%, 1890 r. 448, umarła 1 osoba czyli 0·22%. 1891 r. 372, umarły 3 osoby czyli 0·80%.

— Siedm wydziałów lekarskich francuskich wypromowało w roku szkolnym 1892/3 723 doktorów medycyny, z których przypada 441 na Paryż, 103 na Lugdun, 88 na Bordeaux, 50 na Montpellier, po 15 na Tuluzę i Nancy a 10 na Lille.

— Homeopatya liczy widocznie w Stanach Zjednoczonych Ameryki północnej wielu zwolenników, jak za tem przemawia liczba homeopatów w głównych miastach i tak: we Filadelfii na 2380 lekarzy jest 340 homeopatów czyli 14%, w Pittsburgu 383 i 54 czyli również 14%, w Minneapolis 328 i 46 (14%), w Saint-Paul 200 i 26 (13%); w Detroit 482 i 59 (12%), w Chicago 2700 i 348 (12%), w Cincinnati 723 i 53 (7%), Columbus 359 i 20 (6%), w Indianopolis 320 i 12 (4%) a najwięcej w Cleveland w Stanie Ohio, bo 627 i 139 czyli 20%.

— Jak się wzmaga konsumcya napojów wyskokowych we Francyi, świadczą najlepiej cyfry porównawcze z lat 1885. i 1892. zestawione przez jeneralną dyrekcyę podatków pośrednich a wyrażające ilość opodatkowanych napojów w hektolitrach. I tak absynt wzmógł się z 57732 do 129670, kirsz, rumy i t. p. z 114958 do 185824, wódki gorzkie z 30214 do 39445, nalewki owocowe z 8806 do 14823, likiery z 74051 do 82923, wódki niesłodzone z 1158625 do 1282684 hektolitrów.

— W Londynie traktuje się już dosyć dawno sprawa założenia instytutu leczenia wścieklizny metodą Pasteurowską, jednak dotąd bez skutku, z przyczyny agitacyi towarzystwa antywiwisekcyjnego, które nie chce dopuścić poświęcania królików dla leczenia ludzi i przytacza na to mnóstwo argumentów, nad któremi nie tylko lekarz, ale i każdy wykształcony może tylko ruszyć ramionami.

— W Londynie praktykuje obecnie 5590 lekarzy.

— Budapeszteńska woda gorzka Franciszka Józefa otrzymała na wystawie w Chicago najwyższą nagrodę i dyplom honorowy, co tem bardziej zasługuje na uwagę, iż w tym dziale mało przyznano nagród.

— **Nekrologia.** Zmarli: w Sztrasburgu w Alzacyi Albert Luecke, profesor chirurgii; w Rostoku prof. J. Uffelmann, znany higienik.

— Już po zamknięciu niniejszego numeru otrzymujemy wiadomość, iż Radca zdrowia i przewodniczący komitetu redakcyjnego *Nowin lekarskich*, okulista Dr. Bolesław Wicherkiewicz w Poznaniu otrzymał od Cesarza niemieckiego tytuł profesora.

Cieszymy się bardzo z tego zaszczytnego odznaczenia Kolegi na rozmaitych polach swej czynności nader zasłużonego.

NADESŁANE.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nr. 496.

KONKURS.

Wydział powiatowy w Kołomyi rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w Gwoździcu z płacą roczną 500 złr. i ryczałtem na podróże.

Okręg sanitarny w Gwoździcu obejmuje 18 gmin z ludnością 19.108.

Chcący uzyskać posadę lekarza okręgowego winni się wykazać oprócz dostatecznych fizycznych zdolności także wymogami określonemi w §. 7. ust. z dnia 2. Lutego 1891 r. (Nr. 17. Dz. ust. i rozp. kraj.).

Podania wnieść należy do Wydziału powiatowego najdalej do 25. Marca b. r.

80—3—1 *Wydział powiatowy w Kołomyi.*

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.